

Escuela Normal de Educación Preescolar.

Licenciatura en Educación Preescolar.

Quinto Semestre.

Ciclo Escolar 2023-2024.

Herramientas básicas para la investigación educativa.

“Compilado de trabajos de investigación”.

Maestra:

Marlene Múzquiz flores.

Alumna:

Lezly Zayetsy Cortés Cortés #6.

3 “A”.

Saltillo, Coahuila de Zaragoza. Octubre, 2023.

**anales de psicología,** 2014, vol. 30, nº 3 (octubre), 1105-1114 © Copyright 2014: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.151281 ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (http://revistas.um.es/analesps): 1695-2294

Perfil neuropsicológico de niños con dislalias: alteraciones mnésicas y atencionales

Pablo Conde-Guzón1\*, Pilar Quirós-Expósito2, María Jesús Conde-Guzón1 y María Teresa Bartolomé-Albistegui3

1. *Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de León (León, España)*
2. *Departamento de Psicología Básica II. UNED. Madrid (España)*
3. *Servicio de Neurología. Obra Hospitalaria Nuestra Señora de Regla (León, España)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resumen:** En este estudio se pretende investigar el funcionamiento neuropsicológico de niños con dislalias. 34 niños con dislalia múltiple (distorsión o sustitución articulatoria de tres fonemas: /r/, /l/ y /s/) y exploración neurológica normal fueron comparados con 28 niños sin problemas del habla. El perfil neuropsicológico se estima mediante la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños-Revisada (WISC-R) y la Batería Neuropsicológica Luria-DNI. Los resultados indican que los niños dislálicos presentan: a) un perfil mnésico globalmente deteriorado respecto al grupo de referencia aunque están preservado la memoria remota y la memoria de formas; b) alteraciones en cinestesia y estereognosia; c) problemas atencionales. Estos resultados indican que los niños dislálicos presentan problemas mnésicos y atencionales similares a los manifestados por niños con problemas de lenguaje secundarios a daño cerebral o afectaciones orgánicas o psicolingüísticas importantes. Debemos considerar este perfil neuropsicológico deteriorado en la orientación neurológica y psicoeducativa de estos niños. **Palabras clave**: atención; cinestesia; dislalias; estereognosia; memoria; perfil neuropsicológico.  |   |  **Title:** Neuropsychological profile of children with dyslalias: Memory impairment and attentional. **Abstract:** In this study we investigate the neuropsychological functioning of children with dyslalias. 34 children with multiple dyslalia (articulatory distortion or substitution of three phonemes: / r /, / l / and / s /) and normal neurological examination. 28 children without speech problems are used as reference group. The neuropsychological profile is estimated using the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R) and Luria Neuropsychological Battery-DNI. We found in children with dyslalias: A) The memory profile deteriorated globally in respect to the reference group but are preserved remote memory and the memory of shapes. B) kinesthesia and estereognosia disorders. C) Attentional disorders. We found mnemonic and attentional problems in children with dyslalias similar to those children with language problems secondary to brain damage or affect organs or major psycholinguistic disorders. We consider this neuropsychological profile deteriorated in neurological and psychoeducational counseling, which would justify the treatment and neuropsychological rehabilitation of memory and attention. **Key words:** attention; kinesthetic; dyslalias; estereognosia; memory; neu- |

ropsychological profile

#  Introducción

El término dislalia hace referencia a un trastorno primario de la articulación de los fonemas. Es la alteración del habla más frecuente en niños. Se estima que puede tener una incidencia del 5-10 % entre la población infantil. El trabajo pionero de Ingram (1976) ofrece un primer estudio neuropsicológico de los sujetos con problemas primarios de articulación y presenta un modelo con tres niveles en los que ubicar el mecanismo alterado o el tipo de operación deficitaria en cada caso. Así, distingue entre el nivel perceptivo, el organizativo (cognitivo) y el productivo, como posibles núcleos básicos del trastorno. Hasta la publicación de este clásico trabajo en 1976 las dificultades de pronunciación se interpretaban como fallos de aprendizaje del gesto articulatorio (YgualFernández, Cervera-Mérida y Rosso, 2008). Sin embargo, actualmente pensamos que la génesis y el mantenimiento de las dislalias podrían estar sustentados por determinados déficit neuropsicológicos.

A pesar de este primer trabajo de Ingram, el estudio del perfil neuropsicológico completo de los niños con dislalia no despertó un gran interés en la bibliografía revisada.

Todos los estudios se han centrado, por una parte, en la relación entre las dislalias y los problemas de memoria y, por otra, en los problemas articulatorios secundarios a otros cua-

|  |
| --- |
|  **\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:** Pablo A. Conde-Guzón. Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Campus de Vegazana. Universidad de León. 24071 León (España). E-mail: pacong@unileon.es  |

dros más amplios y en los problemas neuropsicológicos asociados.

Raine y su equipo (Raine, Hulme, Chadderton y Bailey, 1991) son los pioneros en relacionar los trastornos de articulación con una capacidad disminuida en la memoria a corto plazo, una menor longitud de la palabra y una reducida actividad motriz articulatoria. Recientemente se han encontrado problemas prosódicos, alteraciones de memoria auditiva y dificultades en la repetición y en los ritmos auditivos y visuales en sujetos con problemas de articulación (Wells y Peppe,

2003; Baldo y Dronkers, 2006)

También se ha probado que las dificultades de percepción audioverbal, de memoria y de atención, repercuten negativamente en la articulación de la palabra (Klees, 1983).

Por otra parte, existe un gran consenso en recomendar la exploración sistemática de la memoria (mediante la repetición de series de números, palabras y frases) dentro de la evaluación logopédica de niños dislálicos debido a la influencia que los aspectos mnésicos, en general, ejercen sobre el desarrollo del lenguaje oral (Bruno, 1985) y la influencia que la memoria auditiva inmediata, en particular, tiene sobre las dificultades de articulación (Mendoza y Carballo, 1990).

En este mismo sentido, se ha comprobado que la labilidad mnésica dificulta la conceptualización fonológica (Cervera e Ygual, 1994).

|  |
| --- |
| - 1105 -  |

El estudio clásico de Baddeley (Gathercole y Baddeley, 1990) postula una relación estrecha entre memoria y velocidad de articulación, siendo la segunda un determinante de la primera. Los niños cuyas capacidades mnésicas son bajas, cometen más errores articulatorios (Adams y Gathercole, 2000). Sin embargo, estos resultados deben tomarse con precaución, ya que las relaciones entre calidad articulatoria y memoria fonológica son todavía vagas e imprecisas y son necesarios más estudios al respecto. Según algunos autores (Cano y Navarro, 2003), la memoria auditiva (ya sea la memoria a corto plazo, memoria de trabajo y memoria a largo plazo) podría ser uno de los factores que pueden ocasionar un problema fonológico, provocando dificultades en la capacidad de retención o secuenciación de los fonemas.

Los problemas articularios también se han estudiado como síntomas secundarios a alteraciones neurológicas diversas. Así se han encontrado problemas mnésicos, atencionales, visuoconstruccionales y de la función ejecutiva relacionados con dificultades de pronunciación en el marco de los trastornos específicos del lenguaje (Arboleda-Ramírez et al., 2007; Crespo-Eguilaz y Narbona, 2009), en el de las afasias adquiridas y disfasias (Conde-Guzón, Conde-Guzón, Bartolomé-Albistegui y Quirós-Expósito, 2008), en el de las dislexias (Conde-Guzón, Conde-Guzón, Bartolomé-Albistegui, Quirós-Expósito y Cabestrero-Alonso, 2009), en el de los problemas de aprendizaje asociados a problemas cognitivos y comportamentales (Álvarez-Arenal y Conde-Guzón, 2009) o en de niños con epilepsia según el tipo de crisis y farmacología (Conde-Guzón, Bartolomé-Albistegui, Quirós-Expósito y Cabestrero, 2007). Para un estudio detallado sobre los perfiles neuropsicológicos asociados a problemas del lenguaje oral general se puede consultar la revisión de Conde-Guzón y equipo (Conde-Guzón et al., 2009).

Nuestra propia experiencia en el trabajo diario con niños dislálicos nos ha llevado a sospechar la existencia de una cierta dificultad en la capacidad para la memorización y para la concentración. Una buena memoria inmediata auditiva posibilita que el esquema articulatorio se recuerde fácilmente llegando a la automatización. Para comprobar esta hipótesis, Jiménez en 1988 diseñó un estudio con 178 niños de Educación Infantil y 1º de Primaria y relacionó la memoria inmediata (memoria secuencial auditiva, memoria secuencial de dígitos, memoria de palabras, evocación de objetos y memoria secuencial visual) con los problemas dislálicos. Apreció una alta correlación entre la incapacidad para retener de forma inmediata una información auditiva y la presencia de una dislalia funcional. En consecuencia, en palabras del autor, “se puede confirmar la hipótesis de que las dislalias son frecuentes en aquellos escolares con memoria secuencial auditiva deficiente”.

Como se puede ver, la memoria se ha intentado relacionar con problemas de articulación; sin embargo, en el ámbito del idioma castellano no se han realizado estudios del perfil neuropsicológico completo de estos niños. Aparecen algunos estudios que encuentran déficit neuropsicológicos en niños con trastornos articulatorios siempre en el contexto de alteraciones secundarias a otros cuadros como el Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) (Crespo-Eguilaz y Narbona, 2009) o los estudios sobre la rehabilitación neuropsicológica y la relación de la atención, la velocidad del procesamiento, memoria, lenguaje y problemas de la articulación en el marco del daño cerebral adquirido (Noreña et al., 2010).

Para concluir esta revisión, señalamos un estudio reciente (Conde-Guzón, Bartolomé-Albistegui, Quirós y Cabestrero, 2006) que, de manera intencional y sistemática, estudia el funcionamiento mnésico de 150 niños españoles con problemas de articulación de etiología diversa. En esta investigación concluimos que los niños con problemas de articulación del habla presentan dificultades significativas en el funcionamiento mnésico caracterizadas por déficit de memoria remota, memoria visual inmediata, auditiva y lógica, siendo este el primer estudio en el que se encuentran déficit de la memoria visual inmediata en niños con problemas de articulación.

También sospechamos la existencia de alteraciones neuropsicológicas en niños con dislalias primarias. Estos niños se encuentran escolarizados en los centros ordinarios de educación y en raras ocasiones son considerados como grupo de riesgo susceptible de evaluación neuropsicológica y de estudio psicopedagógico. Las administraciones educativas aducen que este grupo no presenta ningún rasgo que justifique su atención especial y, en la mayoría de los casos, pasa desapercibido presentando problemas de enseñanza y aprendizaje a los que no se da la respuesta terapéutica adecuada.

En este contexto, presentamos un estudio del perfil neuropsicológico de los niños con dislalias, sin otros problemas cognitivos y de aprendizaje, escolarizados en centros ordinarios de Educación Primaria. El objetivo es investigar la existencia de ciertos déficits neuropsicológicos asociados a las dislalias. La existencia de dichas alteraciones asociadas, justificaría en sí misma la necesidad de la realización de un diagnóstico y atención neuropsicológicas tempranas cuyo objetivo sería el apoyo especializado en las áreas deficitarias (fundamentalmente en memoria y atención). Este apoyo no suele ser brindado por las administraciones educativas ya que defienden que estos niños no presentan alteraciones importantes que puedan incidir en su rendimiento y en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

# Método

## Participantes

La muestra está formada por 34 niños con diagnóstico de dislalia múltiple reclutados de forma correlativa en centros ordinarios de Educación Primaria. Todos los niños poseen un dictamen y diagnóstico de dislalia múltiple (distorsión o sustitución articulatoria de tres fonemas: /r/, /l/ y /s/). Todos presentan una exploración neurológica normal a cargo de un Servicio de Neurología y se ha descartado que presenten TDA (trastorno por déficit de atención). También contamos con un grupo de referencia formado por 28 niños que no manifiestan ningún problema del habla y que está reclutado de forma aleatoria en los mismos centros de enseñanza. Los sujetos de ambos grupos presentan un Cociente de Inteligencia dentro de la normalidad como se describirá más adelante. La proporción de niños/niñas de la muestra es de 6/1 como se puede apreciar en la Tabla 1.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabla 1.** Análisis 2 sobre la frecuencia de antecedentes familiares y sexo entre el grupo con alteraciones del lenguaje y el grupo de referencia.   Antecedentes familiares ( 2 8.09; =*p* = .004) Sexo (2  10.61; =*p* < .001)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | *n*  | Sí  | No  | Masculino  | Femenino  |
| G. dislalias  | 34  | 13  | 21  | 29  | 5  |
| G. referencia  | 28  | 2  | 26  | 13  | 15  |
|   | 62  | 15  | 47  | 42  | 20  |
|   |  | CI Verbal  |  | CI Manipulativo  | CI Total  |
| G. dislalias  |  | 104.12 (*DT* = 13.86)  |  | 103.47 (*DT* = 14.06)  | 104.79 (*DT* = 14.52)  |
| G. referencia  |  | 107.64 (*DT* = 9.16)  |  | 109.18 (*DT* = 13.06)  | 110.04 (*DT* = 8.82)  |

 |

Estos datos son coherentes con los estudios epidemiológicos que apuntan a la mayor incidencia y prevalencia en varones con patologías debidas a deficiencias de diferentes tipos (Aparicio, 2000: Conde-Guzón et al., 2006; CrespoEguilaz y Narbona, 2009; Conde-Guzón et al., 2009). En nuestro caso es incluso mayor que la presentada en investigaciones sobre dificultades de aprendizaje en general y patologías del lenguaje en particular. De cualquier manera, la mayor prevalencia de trastornos de la articulación en el sexo masculino está bien documentada desde hace varias décadas. Se han descrito gemelos con la misma forma de dislalia. Se han observado caso de dislalia del padre o en la familia paterna más que en la rama materna Adicionalmente se ha constatado que los antecedentes familiares de trastornos lingüísticos influyen en la prevalencia de alteraciones del lenguaje en descendientes. Las familias de niños con trastornos de lenguaje presentan una ratio de 2-3 varones por 1 mujer. Tallal y su equipo (Tallal et al., 1996) han comunicado que en sus muestras hay una proporción más alta de niños afectados que niñas (1.8/1 si el padre estaba afectado, 4/1 si lo estaba la madre y 5/1 si lo estaban ambos progenitores).

El rango de edad en el que se distribuyen los dos grupos escolarizados en los primeros años de Educación Primaria [7 a 9 años; media: 7.6 (0.5)]. No existen diferencias significativas entre la edad del grupo de dislalias y el control. Este nivel de edad permite afirmar el carácter establecido de la alteración del habla como dislalia, edades inferiores podrían justificar el carácter evolutivo de la alteración articulatoria.

Todos los participantes en el estudio tienen una capacidad intelectual normal evaluada con la escala de inteligencia Wechsler de 1993. El CI medio de los grupos es 107.16 (rango: 85-127; desviación típica 12.46).

## Instrumentos

El perfil neuropsicológico se ha obtenido mediante dos instrumentos; WISC-R (Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-Revisada, Wechsler, 1993) y con la Batería Neuropsicológica Luria-DNI (Manga y Ramos, 1991). A continuación se detalla el proceso.

### Perfil neuropsicológico WISC-R

Este perfil se obtiene mediante las puntuaciones en las subáreas del WISC-R. El WISC-R es una prueba ampliamente utilizada en neuropsicología clínica en la edad escolar.

Esto no significa que sea una prueba neuropsicológica, aunque tiene una utilidad importante en el diagnóstico neuropsicológico (Manga y Fournier, 1997). Nyden y su equipo (Nyden, Billstedt, Hjelmquist y Gillberg, 2001) emplean en 2001 los datos obtenidos en el WISC-R para obtener los perfiles neuropsicológicos en niños con déficit de atención con hiperactividad, en Síndrome de Asperger y en niños con trastornos de lectoescritura. A su vez, Otten en 2002 señala que el WISC-R puede ser utilizado con cierta seguridad para el estudio neurolingüístico de sujetos con problemas de comunicación.

### Perfil neuropsicológico Batería Luria-DNI (Manga y Ramos, 1991)

Esta batería constituye un instrumento útil y fiable para obtener perfiles neuropsicológicos en niños en el ámbito de la investigación castellano-parlante. Los 19 subtests de la batería Luria-DNI se organizan en 9 pruebas que, a su vez, exploran cuatro amplias áreas de competencias: funciones motoras y sensoriales, lenguaje hablado, lenguaje escrito y aritmética, y memoria. Mediante las tareas propuestas al niño en los 195 ítems de los que está compuesta la prueba, se obtiene el perfil neuropsicológico, que muestra en qué áreas está el niño más fuerte o más débil en comparación con quienes a su misma edad han alcanzado un desarrollo normal de las competencias exploradas. A continuación, en la Tabla 2, puede verse la organización general de la batería Luria-DNI.

## Procedimiento

Previamente a las sesiones de evaluación se solicita el consentimiento informado de los padres de los niños que van a participar en la investigación. Se les explica claramente cuáles son los objetivos, metodología y procedimientos del estudio.

A cada uno de los sujetos se les aplican los dos instrumentos señalados en el apartado anterior (Escala WISC-R y Batería Luria-DNI) para la obtención de los perfiles neuropsicológicos en tres sesiones diferentes:

 Sesión 1: Aplicación de la Escala WISC-R Para aplicar los 19 subtests de la Batería Luria-DNI es necesario utilizar dos sesiones debido a la extensión de esta prueba. La aplicación se lleva de la siguiente manera:

|  |
| --- |
|  Sesión 2: Aplicación de las pruebas correspondientes a  Sesión 3: Aplicación de las pruebas correspondientes a motricidad, audición, tacto-cinestesia, percepción visual, análisis fonético, escritura, lectura, estructura numérica, orientación espacial, audición fonémica, comprensión operaciones aritméticas, memoria inmediata y memoria simple y comprensión gramatical. lógica. **Tabla 2.** Áreas de la Batería Neuropsicológica Luria-DNI (Manga y Ramos, 1991). **Funciones motoras y sensoriales Lenguaje hablado Lenguaje escrito y aritmética Memoria**  Manual Audición fonémica Análisis fonético **Inmediata** **Motricidad**  Regulación verbal **Habla receptiva** Comprensión simple **Lectoescritura** Escritura **Lógica** **Audición** Estructuras rítmicas Comprensión gramatical Lectura  Tacto Articulación y repetición Estructura numérica **Tacto-cinestésia** Cinestesia y **Habla expresiva Aritmética**  Denominación y narración Operaciones aritméticas estereognosia **Visión**Percepción visual      Orientación espacial       |

El orden de la aplicación del WISC-R y de la Batería Luria-DNI es contrabandeado con la finalidad de evitar las influencias de las sesiones.

Las sesiones de evaluación son llevadas a cabo de manera individual con todos los sujetos en las primeras horas de la mañana (inicio a las 10 horas) con el fin de minimizar las influencias debidas a la hora del día.

## Análisis estadístico

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el *software* estadístico SPSS v. 19.0 para Windows*.* Se utilizaron sendos MANOVAs de una vía para analizar las diferencias intergrupos respecto a los perfiles neuropsicológicos evaluados mediante el WISC-R y la Batería Luria-DNI. Con objeto de analizar si los grupos diferían respecto a la variable edad, se utilizó una *t* de Student para muestras independientes. Para analizar las diferencias en relación a las variables sexo y antecedentes familiares, se empleó el χ2 de Pearson. Como nivel de significación estadística se determinó una *p* < .05.

# Resultados

En primer lugar se analizan las diferencias entre los grupos en relación a las siguientes variables: edad, antecedentes familiares y sexo.

Respecto a la edad, no encontramos diferencias significativas entre los grupos (*t*60 = -1.57; *Mdislalias* = 9.02, *DT* = 1.58; *Mg.refencia* = 9.63, *DT* = 1.48). Sin embargo, en cuanto a los antecedentes familiares de alteraciones del lenguaje, las diferencias entre los grupos son significativas, presentando el grupo de niños con dislalias una frecuencia mayor de la esperada (2 = 8.09; *p* = .004;  = .361) de antecedentes familiares. Asimismo, los grupos se diferencian también significativamente respecto a la variable sexo, el grupo con dislalias presenta una frecuencia mayor del sexo masculino que la esperada (2 = 10.61; *p* < .001;  = .414). Los datos pueden verse

en la tabla 1

## Perfiles neuropsicológicos

Con objeto de comprobar si los perfiles neuropsicológicos, obtenidos mediante el WISC-R y la Batería Luria-DNI, de los niños con dislalias son diferentes de los del grupo sin alteraciones del lenguaje, se realizaron sendos MANOVAs de una vía.

## WISC-R

Los resultados muestran diferencias significativas entre los grupos en relación a la combinación lineal de las distintas subáreas que conforman dicho test [**L** = .677; *F* (11.50) =

2.164; *p* < .001; 2p = .323]. Los posteriores ANOVAs univariados indicaron diferencias significativas entre los grupos en las siguientes pruebas:

* Semejanzas *F*(1,60) = 4.497; *p* = .038; 2p  = .07.
* Dígitos *F*(1,60) = 4.62; *p* = .035; 2p  = .072.
* Claves *F*(1,60) = 4.024; *p* = .049; 2p  = .063.

Con respecto a semejanzas, el grupo de niños con dislalias presenta puntuaciones significativamente menores que el grupo de referencia; sin embargo, ambos grupos obtienen resultados dentro de la normalidad (por encima del percentil 50).

En relación a dígitos y claves, los niños con dislalias presentan puntuaciones por debajo de la media. Esto sugiere un déficit asociado en estos niños en atención concentrada, memoria auditiva inmediata, memoria visual inmediata, previsión asociativa y rapidez motora.

Las puntuaciones obtenidas por los dos grupos en las distintas pruebas del test de WISC-R pueden verse en la figura 1.



**Figura 1.** Puntuaciones obtenidas por los dos grupos en el WISC-R. Inf. (Información), Compr. (Comprensión), Arit. (Aritmética), Semej. (Semejanzas), Vocab. (Vocabulario), Dig. (Dígitos), Fig. Incom. (Figuras Incompletas), Histor. (Historietas), Cub.

(Cubos), Rompec. (Rompecabezas), Clav. (Claves).

|  |
| --- |
|   |
|   |  |
| Teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en el CI verbal y en el CI manipulativo, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos [**L**= .953; *F*(2,59) = 1.442; *p* = .245]. Los CIs obtenidos por ambos grupos se pueden ver en la Tabla 1.  **Batería Luria-DNI**   | rrespondiendo la puntuación más baja —como era de esperar— a articulación y repetición). Es de destacar, no obstante, que los niños dislálicos han puntuado en esta batería por debajo de la zona de puntuaciones considerada normal en las dos pruebas que miden memoria y en cinestesia y estereognosia. **Tabla 3.** Diferencias significativas entre los grupos de dislálicos y referencia (Batería Neuropsicológica Luria-DNI.  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | *F*(1,60)  | *p*  | 2p  |
| Manual (Ma)  | 41.186  | < .001  | .407  |
| Regulación verbal (R.V.)  | 11.025  | = .002  | .155  |
| Estructuras rítmicas(E.R.)  | 8.716  | = .004  | .127  |
| Tacto (Ta)  | 13.772  | < .001  | .187  |
| Cinestesia y esterognosia (C.E.)  | 9.646  | = .003  | .139  |
| Percepción visual (P.V.)  | 12.711  | = .001  | .175  |
| Orientación espacial (O.E.)  | 14.434  | < .001  | .194  |
| Audición fonémica (A.F.)  | 15.014  | < .001  | .200  |
| Articulación y repetición (A.R.)  | 106.507  | < .001  | .640  |
| Denominación y narración (D.N.)  | 24.852  | < .001  | .293  |
| Análisis fonético (A.F.)  | 17.415  | < .001  | .225  |
| Escritura (Esc)  | 7.295  | = .009  | .108  |
| Lectura (Lec)  | 13.258  | = .001  | .181  |
| Estructura numérica (E.N.)  | 10.768  | = .002  | .152  |
| Operaciones aritméticas (O.A.)  | 5.014  | = .029  | .077  |
| Memoria inmediata (M.I.)  | 14.877  | < .001  | .199  |
| Memoria lógica (M.L.)  | 18.487  | < .001  | .236  |

Los resultados del MANOVA muestran diferencias significativas entre los grupos en relación a la combinación lineal de los 19 subtest que componen la batería [**L** = .155;

*F*(19,42) = 12.079; *p* < .001; 2p = .845]. Los posteriores ANOVAs univariados indican diferencias significativas entre los grupos en todos los subtest, exceptuando comprensión simple y comprensión gramatical. Los resultados de estos ANOVAs se exponen en la Tabla 3.

Las puntuaciones obtenidas por los dos grupos en la batería LURIA-DNI pueden observarse en la Figura 2.

El grupo de referencia presenta, en todos los subtest, puntuaciones superiores al grupo de niños dislálicos. Sin embargo, este último grupo obtiene, en la mayoría de las pruebas, puntuaciones que se sitúan dentro de la zona considerada normal (entre los percentiles 40 y 60). Las puntuaciones que se sitúan por debajo de esta zona corresponden, en su mayor parte, a subtest relacionados con los problemas es- pecíficos de este grupo (audición fonémica, articulación y re- petición, denominación y narración, escritura y lectura, co-



**Figura 2.** Puntuaciones obtenidas por los dos grupos en la Batería Luria-DNI.

Manual (Ma), Regulación verbal (R.V.), Estructuras rítmicas(E.R.), Tacto (Ta), Cinestesia y esterognosia (C.E.), Percepción visual (P.V.), Orientación espacial

(O.E.), Audición fonémica (A.F.), Articulación y repetición (A.R.), Denominación y narración (D.N.), Análisis fonético (A.F.), Escritura (Esc), Lectura (Lec),

Estructura numérica (E.N.), Operaciones aritméticas (O.A.), Memoria inmediata (M.I.), Memoria lógica (M.L.)

|  |
| --- |
| **Figura 3.** Perfil mnésico de los grupos.   |

Teniendo en cuenta los resultados de estas dos pruebas, y considerando, además, los subtest que evalúan la memoria en el test de WISC-R, podemos obtener un perfil mnésico formado por los siguientes subtest: Información (memoria remota), Dígitos (memoria auditiva inmediata), Figuras Incompletas (memoria visual), Rompecabezas (memoria de formas), Claves (memoria visual inmediata), Memoria Inmediata y Memoria Lógica. El perfil mnésico se muestra en la Figura 3.

Como se puede observar en el gráfico, los niños dislálicos presentan un perfil mnésico globalmente deteriorado (excepto para la memoria remota y la memoria de formas).

|  |
| --- |
| **Figura 4.** Perfil atencional de los grupos.  |

Por otra parte, como se ha mencionado con anterioridad, estos niños podrían manifestar asimismo problemas atencionales. Si bien la única prueba con significación neuropsicológica para la estimación directa es el subtest de Dígitos del WISC-R (mide la atención concentrada —además de la memoria auditiva inmediata—), podemos utilizar el “tercer factor” del WISC que es un índice cognitivo complejo asociado con la capacidad de enfocar y mantener la atención mientras se realizan tareas cognitivas superiores. Este perfil atencional se obtiene con las puntuaciones en los subtest de Aritmética, Dígitos, Claves. Las puntuaciones obtenidas por los dos grupos se presentan en la Figura 4.

Como se puede observar, en estos tres subtest, los niños con dislalias presentan puntuaciones inferiores respecto al grupo de referencia. Siendo significativas las diferencias entre ambos grupos en Dígitos y Claves.

# Discusión

De los resultados obtenidos podemos concluir que los niños con dislalias manifiestan problemas neuropsicológicos; básicamente en déficit mnésicos (fundamentalmente de memoria inmediata), problemas atencionales y alteraciones de la cinestesia y estereognosia. Además, como es obvio, manifiestan problemas severos en análisis fonético, articulación, narración, repetición, escritura y lectura*.*

1.- Hemos encontrado en los niños con dislalias una mayor frecuencia de antecedentes familiares de problemas articulatorios que en los niños del grupo de referencia. Nadie pone en duda, actualmente, la alta incidencia de trastornos del lenguaje en general entre niños con antecedentes familiares de alteraciones de lenguaje. En este sentido, aparte de las evidencias sobre la predisposición genética a sufrir patologías del lenguaje que se describen en los manuales de trastornos de lenguaje, merece la pena consultar la revisión sobre los factores de riesgo debidos a la herencia, que realizan Barry y colaboradores (Barry, Ya-

sin y Bishop, 2007). Estos autores confirman la mayor prevalencia de problemas de lenguaje en hijos de padres con patología lingüísticas (32%) cuando se comparan con padres no afectados (6%). Mulas y equipo (Mulas, Morant, Rosselló, Soriano e Ygual, 1998) revisan la literatura dirigida a clarificar la posible asociación entre factores de riesgo y dificultades de aprendizaje en general, y concluyen que en los problemas de lenguaje, principalmente en la dislexia, existe una alta carga genética. Por otra parte, también se ha demostrado la alta heredabilidad en la competencia fonológica. En casos excepcionales se han descrito alteraciones en la capacidad del lenguaje ligadas a mutaciones únicas de un gen (*FOXP2*). El descubrimiento de la mutación del gen *FOXP2* en una familia inglesa (KE) ha abierto una apasionante vía para el conocimiento de los mecanismos del aprendizaje del habla. No obstante, desde el punto de vista genético, hay que recordar que el lenguaje es un fenómeno muy complejo de modo que, en la gran mayoría de los casos, los trastornos específicos del lenguaje obedecen a la interacción de múltiples genes (Sanjuán et al., 2010). Un alto porcentaje de concordancia para trastornos de lenguaje se observó en mellizos monocigotos, frecuentemente con similar patrón de alteración (Bishop, North y Donlan, 1995; Tomblin y Buckwalter, 1998; Castaño, 2003). Por otra parte, se ha observado mayor incidencia de trastornos del lenguaje en niños con hiperplasia adrenal congénita, hallazgo que ha generado la sospecha de que existe una asociación con el gen para este trastorno (Plante, Boliek, Binkiewicz y Erly, 1996; Castaño, 2003). La investigación sobre el cromosoma 7q y su posible relación con los trastornos del lenguaje ha mostrado algunos resultados positivos, aunque en escala limitada (Warburton et al., 2000; Castaño, 2003).

2.- Los niños con dislalias de nuestro estudio presentan un perfil manipulativo preservado como el observado en los estudios previos de Conde-Guzón y equipo (CondeGuzón et al., 2006; 2009). Sin embargo, además de los problemas de memoria auditiva inmediata, encontramos un deterioro de la memoria visual inmediata y la rapidez motora estimadas con la prueba de claves (WISC-R) en niños dislálicos sin otros problemas asociados. Encontramos un deterioro mnésico similar al de otros estudios previos de nuestro grupo con niños con problemas secundarios a alteraciones cerebrales evidentes como en las afasias y disartrias (Conde-Guzón et al., 2008) o en niños con epilepsia (Conde-Guzón, et al., 2007). Es éste un hecho novedoso, ya que el deterioro en la memoria visual inmediata y el deterioro de memoria general y verbal no se han relacionado con dislalias primarias. Con respecto al deterioro de la memoria visual inmediata, se ha encontrado un déficit de la memoria visual inmediata en niños con dislalias asociadas a problemas de lectoescritura (Estévez y García, 1996), al subtipo perceptivo-visual de niños disléxicos (Manga y Fournier, 1997), a discalculia (Swanson y Sache-Lee, 2001) y a las disgrafías de tipo fonológico (Dodd, 1993). Con respecto al deterioro en memoria verbal y general, se han encontrado en el contexto de los problemas articulatorios secundarios a otros cuadros. Así, tras el estudio pionero de Ingram en 1976 y del estudio clásico de Baddeley y su equipo en 1974 (Baddeley y Hitch, 1974) que postulaba una estrecha relación entre la memoria y velocidad de articulación, hay que esperar a la década de los 90 para que aparezcan estudios que relacionen los trastornos fonológicos generales con problemas de memoria verbal en niños con problemas de articulación siempre secundarios a otras patologías (Raine, Hulme, Chadderton y Bailey, 1991; Kiese-Himmel y Kruse, 1998; Baldo y Dronkers, 2006; Ortiz-Siordia, Álvarez-Amador y González-Piña, 2008). En este contexto, Adams y Gathercole en el 2000 demuestran que los niños cuyas capacidades mnésicas son bajas, cometen más errores articulatorios que los niños con mejores capacidades. Sin embargo, estos resultados deben tomarse con precaución, ya que el número de errores articulatorios producidos por los grupos no era significativamente distinto. De cualquier manera, parece ser que la memoria de trabajo, más específicamente el bucle fonológico, contribuye al desempeño en las tareas de fluidez verbal fonológica (Arán-Filippetti, 2011). Las relaciones entre la calidad articulatoria y memoria fonológica son aun vagas e imprecisas y son necesarios más estudios al respecto. El estudio de Jiménez que hemos señalado en la introducción (Jiménez, 1988) es el único que intenta relacionar las dificultades mnésicas en niños con dislalias. En él se encuentra una deficiente memoria secuencial auditiva en los niños con problemas articulatorios.

3.- Por otra parte, el hallazgo de problemas de rapidez motora en estos niños también es novedoso. Estudios recientes han encontrado problemas de rapidez motora y velocidad en secuencias motrices finas en niños con afasias y disfasias (Tallal et al., 1996) y en niños con problemas de lectoescritura (Baldo y Dronkers, 2006); pero no hemos encontrado estudios que relacionen estos problemas con niños dislálicos.

4.- La alteración en cinestesia y estereognosia en los niños con dislalias es un hecho que tampoco aparece en la literatura revisada. Aunque se encuentran dificultades cinestésicas y estereognósicas en niños afásicos, disártricos, o incluso disgráficos, solamente se ha encontrado un estudio que desvela una correlación significativa entre los problemas de lenguaje oral y la actuación táctilcinestésica en niños con CI manipulativo similar (KieseHimmel y Kruse, 1998). Esta relación encontrada podría apoyar la implicación de las estructuras parietales en el origen de los problemas de articulación. Desde esta óptica, no solamente estructuras de control motriz estarían modulando el habla sino que se reforzaría la coexistencia de un control sensitivo que sustentaría las dislalias de etiología discriminativa (fonológica). De cualquier manera, los circuitos de interconexión cerebral, en este ámbito, son complicados y desconocidos desde el punto de vista funcional.

5.- Las alteraciones en repetición podrían sugerir disfunciones premotoras que, si bien no causan dificultades primarias de articulación, producen déficit en el habla repetitiva como actividad eminentemente secuencial (Manga y Ramos, 1991). Aunque también podríamos hipotetizar que estas disfunciones podrían estar relacionadas con alteraciones de otras zonas del sistema nervioso central que están implicadas en las dificultades en la repetición de las sílabas, ya que como señala el equipo de Ortiz (Ortiz-Siordia, Álvarez-Amador y González-Piña, 2008), las áreas que se activan durante la repetición de sílabas son el giro supratemporal, la región precentral de la corteza motora y premotora izquierda, el putamen y parte del cerebelo. Como vemos se trata de complejas conexiones funcionales.

6.- Otro resultado relevante en nuestro estudio es el *hallazgo de déficit atencional* en los niños con problemas articulatorios primarios. Los problemas atencionales han sido frecuentemente observados en niños con alteraciones lingüísticas generales fundamentalmente en el marco del Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). En este sentido, el equipo de Buiza-Navarrete (Buiza-Navarrete, Adrían-Torres y González-Sánchez, 2007) ha encontrado limitaciones del TEL en atención, codificación, memoria y función ejecutiva y confirman estudios previos realizados con niños de otros idiomas. En palabras de los autores, los resultados obtenidos en este trabajo aportan algunas estrategias para su evaluación diagnóstica aunque se extienden a un campo más amplio de dificultades en las que las dislalias son solamente un síntoma dentro de síndromes más generales.

Los problemas atencionales podrían estar implicados en la génesis y desarrollo de las dislalias ya que como explican Mulas y equipo (Mulas, Etchepareborda, Diaz-Lucero y Ruiz-Andrés, 2006), las dificultades en los aspectos fonéticofonológico y gramaticales están probablemente causadas por una dificultad de atención y déficit en el control inhibitorio de estímulos irrelevantes, más que por una incapacidad específica para manejar estos aspectos lingüísticos.

En este sentido, aunque es muy arriesgado, nosotros pensamos que estos niños se podrían beneficiar de los efectos del metilfenidato que tan buenos resultados ha dado en niños con TDAH bien diagnosticado. Al mejorar este fármaco directamente la atención e indirectamente la memoria, podría repercutir positivamente sobre las alteraciones de la articulación. Si bien algunos autores como Miranda et al. (Miranda-Casas, Ygual-Fernández, Mulas-Delgado, RosellóMiranda y Bó, 2002) o, incluso hace bastantes años, el equipo de Malone (Malone, Kerschner y Siegel, 1988) han sugerido la posibilidad de que la medicación mejore específicamente el procesamiento fonológico de escolares de Educación Primaria, los análisis de la eficacia del mentilfenidato en este contexto no son concluyentes debido probablemente a que la medicación ejerce un efecto facilitador en aspectos generales del procesamiento cognitivo y no en aspectos más específicos como la articulación. No obstante, sería interesante ensayar los beneficios del metilfenidato en niños dislálicos. Asimismo, sería conveniente comprobar el funcionamiento específico de la Memoria de Trabajo de estos niños debido a la interrelación que existe entre este tipo de memoria y la atención. Esta relación se centra en que la Memoria de Trabajo engloba los contenidos de la Memoria a Corto Plazo que se encuentran bajo control atencional (GarcíaMolina, Tirapu-Ustárroz, Luna-Lario, Ibáñez y Duque, 2010).

En conclusión, y a pesar de recomendar nuevos estudios aumentando el tamaño de la muestra y comprobando el funcionamiento mnésico y atencional con otro tipo de pruebas más específicas, podemos afirmar que el hallazgo de los déficit mnésicos y atencionales justifica en sí mismo, la necesidad de realizar un diagnóstico precoz del perfil neuropsicológico de estos niños con la finalidad de realizar una atención directa (apoyo neuropsicológico y psicopedagógico) en el ámbito de integración de los centros de escolarización. Esta necesidad debe ser asumida por las administraciones educativas que hasta ahora consideran las dislalias como problemas menores sin afectación de otras áreas. Los problemas mnésicos en niños con dislalias encontrados son similares a los que manifiestan niños con problemas de lenguaje secundarios a daño cerebral o afectaciones orgánicas importantes. Debemos considerar este perfil neuropsicológico deteriorado en la orientación neurológica y psicoeducativa de estos niños. Este perfil justifica el tratamiento neuropsicológico y la rehabilitación de la memoria y la atención. Asimismo, pensamos que estos niños podrían beneficiarse de los efectos positivos del metilfenidato que viene siendo utilizado con resultados positivos sobre los aspectos cognitivos y conductuales en niños con TDAH (con los que existe alta comorbilidad).

# Referencias

Adams, A. y Gathercole, S. (2000). Limitations in working memory: implications for language development. *International Journal of Language and Communication Disorders, 35*(1), 95-116

Alvarez-Arenal, T. y Conde-Guzón, P.A. (2009). Formación de subtipos de niños con problemas escolares de aprendizaje a partir de la evaluación neuropsicológica, capacidades cognitivas y comportamentales. *Clínica y salud,* *20*(1), 19-43.

Aparicio, J. M. (2000). *Neurología Pediátrica*. Madrid: Ergon.

Arán-Filippeti, V. (2011). Fluidez verbal según el tipo de tarea, intervalo de tiempo y estrato socioeconómico en niños escolarizados. *Anales de Psicología, 27*(3), 816-826.

Arboleda-Ramírez, A., Lopera-Vásquez, J.P., Hincapié-Henao, L., GiraldoPrieto, M., Pineda, D.A., Lopera, F. et al. (2007). Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: problema selectivo o generalizado de la cognición. *Revista de Neurología, 44*, 596-600.

Baddeley, A. y Hitch, G. (1974). Working memory. En G. H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 8, pp. 47-90). San Diego, CA: Academic Press.

Baldo, J. y Dronkers, N (2006). The role of inferior parietal and inferior frontal cortex in working memory. *Neuropsychology,* *20,* 529-38.

Barry, J., Yasin, I. y Bishop, D. (2007). Heritable risk factors associated with language impairments. *Genes, Brain and Behavior, 6* (1), 66-76.

Bishop, D. V., North, T. y Donlan, C. (1995). Genetic basis of specific language impairment: evidence from a twin study. *Developmental Medicine and Child Neurology, 37,* 56-71.

Bruno C. (1985). Cómo abordar la exploración logopédica en el niño. *Revista de logopedia, foniatría y audiología, 5*(2), 69-87.

Buiza-Navarrete, J., Adrían-Torres, J. y González-Sánchez, M. (2007). Marcadores neurocognitivos en el trastorno específico del lenguaje. *Revista de Neurología, 44,* 326-33.

Cano, M. y Navarro, M. (2003). Dificultades en el desarrollo del habla y del lenguaje oral en la infancia y la adolescencia. En M. Puyuelo y J. A. Rondal (Eds.), *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje*  (pp. 323-368).

Barcelona: Masson.

Castaño, J. (1994). Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones. *Revista de Neurología, 36*(8), 781-785.

Cervera, J. e Ygual, A. (1994). Metodología para la intervención logopédica en trastornos del habla. *Revista de logopedia, foniatría y audiología, 14*(1), 1927.

Conde-Guzón, P. A., Bartolomé-Albistegui, M. T., Quirós, P. y Cabestrero, R. (2006). Deterioro mnésico en niños con problemas de lenguaje oral. *Neurología, 21*(9),608.

Conde-Guzón, P. A., Bartolomé-Albistegui, M. T., Quirós-Expósito, P. y Cabestrero, R. (2007). Perfiles neuropsicológicos en niños con epilepsia según el tipo de crisis y farmacología. *Neurología 2007, 22*(9), 688-689.

Conde-Guzón, P. A., Conde-Guzón, M. J., Bartolomé-Albistegui, M. T. y Quirós-Expósito, P. (2008). Perfil neuropsicológico en niños con afasias adquiridas y disfasias. *Neurología, 23*(10), 790.

Conde-Guzón, P. A., Conde-Guzón, M.J., Bartolomé-Albistegui, M. T., Quirós-Expósito, P. y Cabestrero-Alonso, R. (2009). Perfil neuropsicológico de niños con dislexia ¿Implicaciones farmacológicas? *Neurología, 24*, 778.

Conde-Guzón, P. A., Conde-Guzón, M. J., Bartolomé-Albistegui, M. T. y Quirós-Expósito, P. (2009). Perfiles neuropsicológicos asociados a problemas del lenguaje oral infantil. *Revista de Neurología, 48*(1), 32-38.

Crespo-Eguilaz, N. y Narbona, J. (2009). Trastorno de aprendizaje procedimental: Características neuropsicológicas. *Revista de Neurología, 49*(8), 409-416.

Dodd, B. (1993). Speech disordered children. En G. Blanken (Ed.). *Linguistic disorders and pahtologies: An internacional handbook.* Berlin: De Gruyter.

Estévez, A. y García, C. (1996). La dislexia. Estado actual de nuestros conocimientos neurológicos y neuropsicológicos. *Revista de Neurología, 24*(125),31-39.

García-Molina, A., Tirapu-Ustárroz, J., Luna-Lario, P., Ibáñez, J. y Duque, P. (2010). ¿Son lo mismo inteligencia y funciones ejecutivas?. *Revista de Neurología, 50*(12), 738-746.

Gathercole, S. E. y Baddeley, A. D. (1990). Phonological memory deficits in language disordered children: Is there a causal connection? *Journal of Memory and Language, 29*, 336-360.

Ingram, D. (1976). *Phonological disability in children*. Londres: Edward Arnold.

Jiménez, J. (1988). Imbricación de la memoria en la génesis de la dislalia funcional. *Revista de logopedia, foniatría y audiología, 8*(3),173-182.

Kiese-Himmel, C. y Kruse, E. (1998). Higher touch and kinesthetic functions in children with former speech/language development disorders: a neuropsychological study. *Folia Phoniatrica et Logopaedica, 50*(4), 195204.

Klees, M. (1983). A propósito de los trastornos instrumentales asociados a trastornos de aprendizaje precoces de lectura, ortografía y cálculo en el uso inteligente: la noción de gravedad. *Revista de logopedia, foniatría y audiología, 11*(3), 139-153.

Malone, M. A., Kerschner, J. R. y Siegel, L. (1988). The effects of metilphenidate on levels of processing and laterality in children with attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16,* 379-95.

Manga. D., y Fournier, C. Neuropsicología clínica infantil. Estudio de casos en edad escolar. Madrid: Universitas; 1997.

Manga, D. y Ramos, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar. Aplicaciones de la teoría de A.R. Luria a niños a través de la Batería Luria-DNI.* Madrid: Visor.

Mendoza, E. y Carballo, G. (1990). La evaluación del lenguaje en edad preescolar. *Revista de logopedia, foniatría y audiología, 10*(2), 84-92.

Miranda-Casas, A., Ygual-Fernández, A., Mulas-Delgado, F., RosellóMiranda, B. y Bó, R. (2002). Procesamiento fonológico en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: ¿es eficaz el metilfenidato?. *Revista de Neurología, 34*(1),S115-S121.

Mulas, F., Etchepareborda, M., Diaz-Lucero, A. y Ruiz-Andrés, R (2006). El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de Neurología, 42*(2), S103-S109.

Mulas, M., Morant, A., Rosselló, B., Soriano, M. e Ygual, A. (1998). Factores de riesgo de las dificultades en el aprendizaje. *Revista de Neurología, 27,* 274-279.

Noreña, D., Rios-Lago, M., Bombín-González, I., Sánchez-Cubillo, I., García-Molina, A. y Tirapu-Ustárroz, J. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (I): atención, velocidad de procesamiento, memoria y lenguaje. *Revista de Neurología, 51*(11), 687-698.

Nyden, A., Billstedt, E., Hjelmquist, E. y Gillberg, C. (2001). Neurocognitive stability in Asperger syndrome, ADHD, and reading and writing disorder: a pilot study. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43,* 16571.

Ortiz-Siordia, L., Álvarez-Amador, L. y González-Piña, R. (2008). Modelos anatomopatológicos de las áreas cerebrales que se activan durante la función lingüística. *Revista de Neurología, 47*(12), 653-658.

Ottem, E. (2002). Do the Wechsler scales underestimate the difference between verbal and performance abilities in children with language-related disorders? *Scandinavian Journal of Psychology, 43,* 291-298.

Plante, E., Boliek, C., Binkiewicz, A. y Erly, W. K. (1996). Elevated androgen, brain development and language/learning disabilities in children with congenital adrenal hyperplasia. *Developmental Medicine and Child Neurology, 38,* 423-37.

Raine, A., Hulme, C., Chadderton, H. y Bailey, P. (1991). Verbal short-term memory span in speech-disordered children: implications for articulatory coding in short-term memory. *Child Develpment, 62*(2), 415-423.

 Sanjuán, J., Tolosa, A., Colomer-Revuelta, J., Ivorra-Martínez, J., Llacer, B. y Jover, M. (2010). Factores genéticos en el desarrollo del lenguaje. *Revista de Neurología, 50*(3), S101-S106.

Swanson, H. y Sache-Lee. (2001). Mathematical problem solving and working memory in children with learning disabilities: both executive and phonological processes are important. *Journal of Experimental Child Psychology, 79,* 294-321.

Tallal, P., Miller, S., Bedi, G., Byma, G., Wang, X. et al. (1996). Language comprensión in language-learning imparied children improved with acoustically modified speech. *Science, 271,* 81-84.

Tomblin, J. B. y Buckwalter, P. R. (1998). Heritability of poor language achievement among twins. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 41,* 188-99.

Warburton, P., Baird, G., Chen, W., Morris, K., Jacobs, B. W., Hodgson, S., et al. (2000). Support for linkage of autism and specific language impairment to 7q3 from two chromosome rearrangements involving band 7q31. *American Journal of Medicical Genetics, 96*, 228-34. d

Wechsler D. (1993). *Escala de inteligencia Wechsler para niños, revisada (WISC-R)*. Madrid: TEA Ediciones.

Wells, B. y Peppe, S. (2003). Intonation abilities of children with speech and language impairments. *Journal of Speech, Language and Hearing Research,* *46*(1), 5-20.

Ygual-Fernández, A., Cervera-Mérida, J. F. y Rosso, P. (2008). Utilidad del análisis fonológico en la terapia del lenguaje. *Revista de Neurología, 46*(1),S97-S100.

*(Artículo recibido: 17-4-2012; revisión revisada: 27-11-2013; aceptado: 20-3-2014)*

**ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA DISLALIA EN NIÑOS DE**

**NIVEL INICIAL**

STRATEGIES TO REDUCE DISLALIA IN CHILDREN OF INITIAL LEVEL

**Cecilia Guevara@, María Noboa, Jair Vistín, Araceli Lucio, Geofre Pinos.**

*Universidad Estatal de Bolívar, Campus Académico “Alpachaca” Av. Ernesto Che Guevara s/n y Av.*

*Gabriel Secaira. Guaranda - Ecuador.*

*Email: gsilvana45@hotmail.com*

*https://doi.org/10.33789/talentos.7.2.136*

**Resumen:** *El objetivo de la investigación fue determinar la estrategia que contribuya a reducir la dislalia, describiendo los fundamentos teóricos e identificando las alteraciones del trastorno del lenguaje que afecta la articulación de fonemas y que propicia dificultades del habla, por factores como sustitución, distorsión, inserción y omisión de sonidos. El trabajo investigativo tiene un enfoque cualitativo, de tipo explicativo, el mismo que permitió conocer las causas de la dislalia y sus consecuencias. La población a la cual se aplicó el test fue 44 niños, 12 de ellos presentaron trastorno del habla el 19%, a quienes se aplicó re-test. El resultado fue mejoramiento en la pronunciación de fonemas del 8,3% de disminución de la afectación: distorsión 0,3%, inserción 1,8%, omisión 2% y sustitución 4,2%. Lo logrado sustenta que las dislalias son alteraciones de la articulación de fonemas y un defecto de pronunciación, las mismas que se mejoran al intervenir con la realización de ejercicios del paladar, mandíbula, labios y lengua, logrando así, la reducción de las afectaciones en la articulación de fonemas y*

*palabras.*

**Palabras Clave:** *fonemas, articulaciones de fonemas, tipos de dislalias, trastornos de lenguaje.*

*Recibido: 21 de julio de 2020*

*Aceptado: 14 de diciembre de 2020*

*Publicado como artículo científico en la Revista de Investigación Talentos VII (2), 66-73*

**Abstract:** *The objective of the research was to determine the strategy that contributes to reducing dyslalia, describing the theoretical foundations and identifying the alterations of the language disorder that affects the articulation of phonemes and that leads to speech difficulties due to factors such as substitution, distortion, insertion and omission of sounds. The investigative work has a qualitative, explanatory approach, the same one that allowed us to know the causes of dyslalia and its consequences. The population to which the test was applied was 44 children, 12 of them presented speech disorder in 19%, to whom a re-test was applied. The result was an improvement in the pronunciation of phonemes of 8.3% decrease of the affectation: distortion 0.3%, insertion 1.8%, omission 2% and substitution 4.2%. What has been achieved supports that dyslalias are alterations in the articulation of phonemes and a pronunciation defect, which are improved when intervening with the performance of exercises of the palate, jaw, lips and tongue, thus achieving the reduction of affectations in the articulation of phonemes and words.*

**Keywords:** *phonemes, phoneme articulations, types of dyslalias, language disorders.*

# I. INTRODUCCIÓN

La dislalia es un trastorno del lenguaje oral, que afecta al desarrollo del vocabulario**.** De las investigaciones realizadas en base a un diagnóstico que permita determinar las estrategias de actuación eficaces.; (Remache, 2015); (Gómez, 2015) y (Andrade, 2015), coinciden que son alteraciones de la articulación de fonemas, que es un defecto de pronunciación del mecanismo de la articulatorio.

Los problemas de articulación (dislalias) consisten en la sustitución anormal, distorsión, inserción u omisión de los sonidos del habla, (Barros de Flores & Flores, Rochow, s.f); es la articulación defectuosa debida a aprendizaje defectuoso o anormalidad de los órganos externos del habla, (Silva, Silva, 2016); es el trastorno de la articulación de los fonemas por alteraciones funcionales de los órganos periféricos del habla, (Cantos, Vasquez, 2016). Presentan trastornos de la pronunciación (o articulación del habla) que no obedece a patología del sistema nervioso central. (Mateo, Ayala, 2010), son anomalías de la pronunciación, (Azcoga, Dermán, & Iglesias, 1998)

 La dislalia es una perturbación del lenguaje que se caracteriza por la incapacidad de pronunciar bien ciertos fonemas; es decir, colocar los órganos fonatorios en la posición correcta. (Rodríguez, 2015)., es un disturbio de pronunciación no por defecto neurológico sino por daño estructural del aparato articulatorio. Puede ser causada por heridas de labios, lengua, paladar, piso de la boca, lesiones máxilo-faciales, perforaciones del paladar, labio leporino, paladar hendido, tumores de paladar y lengua, (Peña, Uranga, 2018), es una sustitución, alteración u omisión de los fonemas en general, (Mérida & Fernandez, 2003)

El problema del lenguaje oral consiste en la pronunciación errónea de vocales y de fonemas con la erre, la ese, la te y la ele; siendo consecuencias de múltiples factores (Correa, 2014). Son alteraciones de las articulaciones de algunos fonemas y defectos visibles de pronunciación, debido a alteraciones del mecanismo articulatorio, fonéticas y fonológicas (Yagual 2013). Para que no se den estos errores se debe tener un control adecuado en la ejecución de los mecanismos del habla; además se deberá saber distinguir y recordar los modelos auditivos y reproducirlos exactamente.

El análisis del problema permitió identificar las causas, de la afectación a las articulaciones y la producción de fonemas. La población interviniente muestra trastornos del habla presentando síntomas de omisión, sustitución, distorsión e inserción de fonemas.

Los estudiantes con estos trastornos muestran retrasos significativos en el desarrollo del leguaje y la comunicación entre pares, esta afectación influye en la adquisición y maduración de los esquemas motrices de los fonemas y pronunciación de palabras. Es necesario reflexionar que, desde el inicio del habla hasta los 4 y 5 años, aparecen defectuosas articulaciones del lenguaje en la pronunciación de fonemas; para evitar la persistencia de estos defectos es conveniente una intervención en la etapa inicial del trastorno. La dislalia trata del trastorno del lenguaje, que es una de las patologías de alteraciones de articulación más común en la infancia, que afecta en el habla, así también en el aprendizaje.

Esta investigación se basa en la necesidad diaria en el aula, que conlleva a dificultades para aprender la forma de procesar mentalmente y volver a crear los sonidos hablados; presentándose problemas al pronunciar los fonemas; esto hace que el niño no distinga los sonidos para determinadas palabras. Los factores que definen las causas de dislalia, que originan problemas de aprendizaje, es la no adquisición de una forma correcta, los patrones de movimiento para producción del habla; lo quiere decir, que el niño presenta insuficiente habilidad motora; esto hace que cometa omisiones, sustituciones y distorsiones de algunos sonidos de la lengua o tienen dificultad de lenguaje, produciéndose alteraciones en la pronunciación. Otra causa de la limitada compresión o discriminación auditiva, debido a que el niño no puede imitar los sonidos porque no los percibe; en otra situación oye bien, pero analiza o hace una integración inadecuada de los fonemas que escucha.

El propósito de la investigación es determinar y aplicar estrategias para reducir la dislalia en niños del Centro Educación Inicial “Las Mercedes” de Babahoyo, describe los fundamentos teóricos e identificando las alteraciones de lenguaje que afectan la articulación, y que propicia las dificultades del habla. La determinación del proceso para la aplicación de estrategias de intervención es parte de este estudio.

# II. MATERIALES Y MÉTODOS

El alcance de investigación fue explicativo, con enfoque cualitativo, y mediante la observación participativa se explica la realidad sobre los tipos de errores de la variable dislexia que hay al pronunciar fonemas y palabras y de la variable técnica vocal para dar solución del problema. La población interviniente fue de 44 niños, al considerar la totalidad no fue necesario determinar una muestra. Las técnicas aplicadas en la investigación fue el test, la observación, un primer momento de manera espontánea y otro momento repetitivo. El instrumento fue Evaluación de la Discriminación Auditiva de los sonidos del habla, (Laiz, M, 2017); el proceso se fundamenta en lectura de imágenes presentado a los niños en forma individual, el mismo que reconoce y nombra la figura que observa; esta acción permitió detectar el problema. La investigación profundizó los fundamentos epistemológicos, el conocimiento de las afectaciones a la articulación de los fonemas y se propuso estrategias para dar solución al problema del lenguaje y la comunicación. Para el análisis datos se aplicó el test y retest, la instrucción consistió en solicitarle al niño que lean en voz alta la imagen que mira, las respuestas de la lectura fueron asentadas en la hoja de registro los que posterior con el uso del Excel se realizó el análisis. La estrategia de intervención consistió luego de identificar los errores de la aplicación del test; se trabajó con ejercicios del paladar a través de soplar objetos y hacer gárgaras, ejercicios de mandíbula, inflar y desinflar globos de aire, ejercicios con los labios simular un beso y ejercicios con la lengua, sacar y meter la lengua con la boca abierta.

Para el análisis de correlación entre la técnica vocal y las dislalias distorsión, inserción, omisión, sustitución y sin error en los dos momentos, con aplicación del estadístico Pearson, utilizando el programa Excel, tras esta aplicación arroja el valor de 0,957, el mismo que es significativo, y un p valor de 0,043. Con p-valor <0,05, se acepta que la pronunciación de imágenes ayuda a reducir la afectación de las deficiencias de articulación para la pronunciación de palabras.

Para la aplicación del instrumento se socializó a los representantes legales el objetivo de la investigación, quienes dieron la anuencia aspecto ético del proceso.

**Tabla 1.** Registro de errores de pronunciación de fonemas observados en los niños



**Fuente:** Elaboración propia de los autores: septiembre

2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN****Tabla 2.** Errores en la pronunciación de fonemas observados en los niños en la aplicación del test, que visibilizan la dislalia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Error/Sujetos** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | Suma | % |
| **Distorsión** | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 3% |
| **Inserción** | 7 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 48 | 12% |
| **Omisión** | 3 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 77 | 19% |
| **Sustitución** | 10 | 10 | 11 | 10 | 10 | 11 | 10 | 11 | 11 | 9 | 9 | 10 | 122 | 31% |
| **Sin error** | 12 | 12 | 11 | 12 | 11 | 12 | 12 | 10 | 10 | 12 | 12 | 11 | 137 | 35% |
| **Total** | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 396 | 100% |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores; septiembre del 2018 |

Interpretación: De la aplicación del instrumento se observa que en 22 palabras los niños presentan dislalia en la pronunciación de fonemas; en 1 palabra error de distorsión de sonidos; en 4 palabras con error de inserción al añadir en la pronunciación sonidos que no corresponden a la palabra; en 7 palabras error de omisión de fonemas de la palabra y en 10 palabras error de sustitución de un fonema que no puede pronunciar en forma correcta por otro. El registro de la observación posterior a la intervención muestra una reducción en el tipo de error es de omisión y sustitución.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| pronunciación sonidos que no corresponden **Tabla 3.** Errores de pronunciación fonemas observados en los niños en la aplicación del re-test, con los que se visibiliza la incidencia de la intervención en la reducción de la dislalia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sujetos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |  |  | Suma | % |
| Distorsión | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 | 3% |
| Inserción | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 41 | 10% |
| Omisión | 6 | 6 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 7 | 6 | 6 | 69 | 17% |
| sustitución | 10 | 8 | 9 | 8 | 9 | 10 | 8 | 10 | 10 | 7 | 8 | 8 | 105 | 27% |
| sin error | 13 | 15 | 14 | 15 | 15 | 13 | 15 | 13 | 14 | 14 | 15 | 14 | 170 | 43% |
| Total | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 | 396 | 100% |

**Fuente:** Elaboración propia de los autores; septiembre del 2018 |

De la aplicación del instrumento previa a la intervención se observa que el 67% de palabras los niños presentan dislalia en la pronunciación de fonemas presentan , el 3% errores de distorsión de sonidos; el 12% errores de inserción al añadir en la a la palabra; el 21% errores de omisión de fonemas de la palabra y el 0% errores de sustitución de un fonema que no puede pronunciar en forma correcta por otro; estos registros muestra la incidencia y presencia de dislalia en los niños.

|  |
| --- |
| muestran prevalencia 1 palabra en distorsión, **Figura 1.** Analís del comportamiento prevalencia de los errores de la dislalia, con la aplicación de la prueba (test), antes y  |

De la repetición de la aplicación del instrumento previa a la intervención se observa que en 19 palabras los niños presentan dislalia en la pronunciación de fonemas presentan los registro observados posterior a la intervención 4 palabras en inserción, 6 palabras con omisión y 8 palabras con sustitución; Esto demuestra que, con la aplicación del plan de intervención durante 15 días, se presentó una reducción de dislalia en el 8%.

después de la intervención

La implementación de estrategias de intervención permitió alcanzar el objetivo, el que fue el de reducir los errores de dislalia en los niños, con base a los datos de la aplicación de test y re-test, se logró mejorar la articulación que afecta al habla, se observa una reducción global de los trastornos del habla en 8,3%, visibilizándose: distorsión -0,3%, inserción -1,8%, omisión -2%, sustitución -4,3%. En síntesis, existe mejoramiento en la articulación de fonemas y se determina que una intervención fonética, logra la pronunciación correcta de fonemas y mejora las funciones que inciden en la expresión oral, trabajando las bases funcionales entre el desarrollo de habilidades motoras de los órganos de articulación y de respiración.

El grupo interior intervenido, con antecedentes del 57% de dificultades en la articulación de fonemas y palabras al nombrar las imágenes contempladas en el instrumento aplicado, demuestra un cambio en el valor y porcentaje de afectación de la articulación de fonemas, pasando el aspecto sin error del 35% al 43%, esto evidencia los beneficios de establecer una estrategia de intervención para reducir las afectaciones con lo que se mejora el habla y lenguajes.

Los investigadores del presente estudio, coinciden con los autores citados en la investigación, en que las dislalias son alteraciones de la articulación de fonemas, un defecto de pronunciación del mecanismo de la articulatorio, compartiendo los investigadores este criterio, y que es necesario puntualizar que el docente o la familia, pueden intervenir en la posibilidad de corregir la dislalia fonológica y fonética, estableciendo acciones para reducir factores como la sobreprotección de los padres, y además consolidar en el aula a través de planificaciones diferenciadas.

Así mismo se coincide con lo que se menciona sobre el momento de clasificar los tipos de dislalia, se evidencia que existe además la dislalia evolutiva, en el que el niño no repite por imitación lo que escucha; Dislalia audiógena produce por insuficiente audición que afecta al proceso de maduración de la personalidad; dislalia orgánica, por trastornos de articulación a causa de alteraciones orgánicas referidas al sistema nervioso; dislalia funcional, generada por mal funcionamiento o lesión de los órganos de articulación, causante de una deficiente coordinación muscular y la dislalia fonológica alteración de los sonidos que conforman la palabra; dislalia fonológica alteración a nivel perceptivo y organizativo en los mecanismos de programación, con la producción de palabras donde se visibiliza los errores de omisión, sustitución, inserción y distorsión. Estas dificultades de articulación que hacen difícil el habla provocan disminución en las relaciones sociales, presentándose con mayor frecuencia, conductas des adaptivas.

# IV. CONCLUSIONES

La investigación determina que la técnica vocal a través de lectura de imágenes es una estrategia que contribuye a reducir en el 8,3% las afectaciones a la articulación de fonemas y palabras. La solución fundamental es aplicar la técnica vocal, la cual mejora el desarrollo de la comunicación, supera las dificultades de articulación o para una producción clara y fluida de la voz, ayudando a la inteligibilidad y a la expresión oral tanto en el ámbito personal y social

La afectación del trastorno del lenguaje por deficiencias de articulación de fonemas es dos de diez del grupo de niños que asisten al nivel inicial en la institución intervenida. La identificación y prevalencia de afectación a las alteraciones del lenguaje del 19% de errores; permita establecer acciones y el establecimiento de medidas correctivas a través de una estrategia de intervención pedagógica.

La intervención pedagógica debe centrarse en la dislalia funcional, ya que esta es notoria debido a la no articulación de fonemas la /r/, /s/, /x/, /m/, /l/, /n/, /ñ/, /k/, /f/, /g/, /ch/, /p/, /t/, /ll/¸ pronunciación de la /s/ por /z/, o/z/ por /s/, o por la sustitución de la /r/ por /l/, la /s/ por la /ch/; dificultad de articulación que hacen difícil el habla.

# VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade; Gualacata, P. R. (2015). Movimientos faciales y su incidencia en el desarrollo del lenguaje oral de los niños y niñas de 3-4 años. *Movimientos faciales y su incidencia en el desarrollo del lenguaje oral de los niños y niñas de 3-4 años de la Unidad Educativa 28 de Abril de la*

*ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura durante el periodo escolar 2014- 2015*. Ibarra, Imbabura, Ecuador.

Azcoga, J., Dermán, B., & Iglesias, A. (1998).

*Alteraciones del Aprendizaje Escolar.* Paidos Iberica, Ediciones S. A.

Barros de Flores, A., & Flores, Rochow, F. (s.f). La dislalia: Problema del lenguaje o problema del habla. Scielo.conicyt.

Cantos, Vasquez, E. D. (2016). Aplicación de ejercicios de discriminación auditiva y segmentación de palabras favoreciendo la conciencia fonológica en niños con dislalia funcional de 4 a 6 años. Guayaquil, Guayas, Ecuador.

Correa; Chávez, C. M. (2014). Aplicación de un programa de intervención psicopedagógica en problemas de articulación de fonemas. *Aplicación de un programa de intervención psicopedagógica en problemas de articulación de fonemas, para mejorar el desarrollo del lenguaje oral en los estudiantes del segundo grado de educación primaria en el área de comunicación de la institución educati*. La Libertyad, Santa Elena, Ecuador.

Gómez, Cordero, C. V. (2015). Aplicativo Android para controlar trastornos de articulación de los fonemas denominado dislalia en menores entre 1 y 5 años. Guayaquil, Guayas, Ecuador.

Mateo, Ayala, E. J. (2010). *Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica.* Dinkinson.

Mérida, C., & Fernandez, Y. (2003). Intervención logopédica en los trastornos fonológicos desde el paradigma psicolingüístico del procesamiento del habla. Neurol.

[Electronic Journal of Research in](http://www.redalyc.org/revista.oa?id=2931)



[Educational Psychology](http://www.redalyc.org/revista.oa?id=2931)

E-ISSN: 1696-2095 jfuente@ual.es Universidad de Almería

 [Cómo citar el artícul](http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=293121928008)

[o](http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=293121928008)

 [Número complet](http://www.redalyc.org/fasciculo.oa?id=2931&numero=21928)

[o](http://www.redalyc.org/fasciculo.oa?id=2931&numero=21928)

 [Más información del artícul](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121928008)

[o](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121928008)

 [Página de la revista en redalyc.or](http://www.redalyc.org/revista.oa?id=2931)

[g](http://www.redalyc.org/revista.oa?id=2931)

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

|  |
| --- |
| Moreno Manso, Juan Manuel; Mateos García, María RosaEstudio sobre la interrelación entre la dislalia y la personalidad del niñoElectronic Journal of Research in Educational Psychology, vol. 3, núm. 3, diciembre, 2005, pp. 133-150Universidad de AlmeríaAlmeria, España |

España

[Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29312192800](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121928008)

[8](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121928008)

# Estudio sobre la interrelación entre la dislalia y la personalidad del niño

## Juan Manuel Moreno Manso1 María Rosa Mateos García2

1

 Dpto. de Psicología y Sociología de la Educación, Universidad de Extremadura, Badajoz

 2Colegio Público Nuestra Señora de Fátima, Carcaboso (Cáceres)

### España

althea@correo.cop.es

## Resumen

**Introducción.** En este artículo analizamos la existencia de características de la personalidad asociadas a la dislalia infantil. Las referencias bibliográficas relativas al tema son escasas y poco recientes. Diferentes autores señalan que determinados rasgos de la personalidad pueden actuar en unas ocasiones como desencadenantes y/o favorecedores de dichas alteraciones y en otros casos como mantenedores y/o agravantes de la dificultad del niño.

**Método.** El estudio que presentamos a continuación, refleja los resultados de la aplicación del Cuestionario de Personalidad para Niños (ESPQ) y del Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS) a una muestra de 20 niños diagnosticados con dislalia, de edades comprendidas entre los 6 y 8 años.

**Resultados.** Los datos corroboran que los niños con dislalia manifiestan una ansiedad, tensión e inseguridad superior a la media y son más propensos a perder el control emocional. Asimismo, se muestran inhibidos y tienen dificultades para relacionarse con los demás. Por otra parte, constatamos la dificultad existente a la hora de delimitar si los rasgos de personalidad de estos niños causan el desorden lingüístico, o en cambio son un efecto del mismo.

**Discusión.** La investigación destaca la necesidad de un mayor conocimiento y profundización sobre el papel que desempeña la personalidad en los trastornos del lenguaje de mayor incidencia durante las etapas escolares iniciales. Delimitar las características de la personalidad del niño con dislalia, nos permitirá adaptarnos a su realidad durante el proceso de intervención. Debemos tener muy presentes los aspectos personales, relacionales, sociales y emocionales del niño, dado que el conocimiento de los mismos, puede facilitar la superación más rápida de las dificultades que presenta.

**Palabras Clave**: dislalia, investigación, personalidad, trastorno del habla

### Introducción

Con este trabajo llevamos a cabo una investigación sobre las características de la personalidad asociadas a una de las patologías del lenguaje oral que tienen una mayor incidencia en Educación Infantil y Primaria. Concretamente nos referirnos a la dislalia infantil. Es lógico pensar que determinadas características de la personalidad de un niño puedan repercutir en cierta medida en sus repertorios lingüísticos y comunicativos. Por tanto, la finalidad básica de esta investigación es conocer las tendencias de personalidad de sujetos con dislalias.

Son numerosos los acontecimientos que pueden repercutir en el lenguaje infantil. La dificultad para interaccionar con otros niños, un ambiente familiar autoritario o poco estimulante, baja autoestima, celos fraternales, dificultades escolares, rechazo por parte de los compañeros, falta de aceptación personal, falta de afecto paterno, sobreprotección, conflictividad escolar, ausencia de padres, tensiones en el núcleo familiar, actitudes ansiosas parentales, etc., pueden perturbar la personalidad de un niño. Estos sucesos pueden provocar en el niño: inhibición, conductas de evitación, aislamiento, agresividad, ansiedad, frustración, timidez, reducción de contacto con otras personas, sentimientos de inferioridad, mutismo, inseguridad, pérdida de confianza en sí mismo y desajustes emocionales, abocándolo hacia la aparición de una patología del habla.

Cuando profundizamos a nivel teórico en los trastornos del lenguaje constatamos escasas referencias bibliográficas relativas al tema, siendo la mayoría de ellas poco recientes. De manera generalizada, diferentes autores plantean que determinadas características personales pueden desempeñar un papel relevante en la aparición y en el mantenimiento de la dislalia. De ahí que pensemos que la valoración de las características de la personalidad del niño debe formar parte, de una manera indispensable, del proceso de exploración e intervención ante la detección de este desorden del habla (Cano y Navarro, 2003; Moreno, 2004).

Una de las primeras referencias al tema es la de Solomon en 1961. Según Solomon los niños con dislalia se diferencian de los niños con un desarrollo normal del habla en sus relaciones fraternales y en sus tensiones, angustias y miedos. Años más tarde, Sussman (1975) considera que la dificultad articulatoria infantil puede estar ocasionada por la inmadurez del niño, bloqueos emocionales, conductas inestables, etc. Waller, Sollod, Sander y Kunkicki (1983) señalan la incidencia de factores psicoafectivos en los niños con dislalia. En 1990, Perelló mantiene que la dislalia es más frecuente en niños con determinadas características de la personalidad. Según él, estos niños durante la exploración se muestran intranquilos, inconstantes, distraídos, tímidos, a veces apáticos y faltos de interés por aprender. Asimismo, plantea que las madres de estos niños son más neuróticas y altivas que las madres de los niños con un desarrollo normal del habla. Aguilar (1991) incluye dentro de los trastornos del lenguaje como efecto de las condiciones de aprendizaje, personalidad, motivación y situación, las dislalias múltiples funcionales. Ajuriaguerra y Marcelli (1982), Serón y Aguilar (1992), Ramos y Manga (1996), Busto (1998) y García-Valdecasas (2000) consideran que existe una estrecha relación entre trastornos psicoafectivos en la primera infancia y perturbaciones en el habla. Y Bruno y Sánchez, en una publicación de 1994 plantean que entre los factores favorecedores de la aparición y/o mantenimiento de la dislalia se encuentran las presuntas características psicopatológicas del niño. Es decir, que la personalidad del niño podría actuar como un factor etiológico indirecto en la alteración articulatoria.

Massana y Artal (1997) señalan que entre las causas que pueden motivar la dislalia se encuentran características psicológicas tales como la falta de aceptación del niño, la baja autoestima y las perturbaciones afectivas y emocionales.

En esta línea de investigación, y tras comprobar la escasez de estudios previos sobre los rasgos de la personalidad de los niños con dislalia, evaluamos estas características en 20 niños diagnosticados de dislalia, utilizando para ello dos pruebas: el Cuestionario de Personalidad para niños E.S.P.Q., que valora la personalidad a través de la baremación de distintos factores duales; y el Cuestionario de Ansiedad Infantil C.A.S., que indica el nivel de ansiedad generalizado que experimenta el sujeto. Tratamos de identificar los rasgos comunes de personalidad en los niños que presentan dislalia, contribuyendo con ello a un mayor conocimiento de la patología del habla de mayor incidencia en la población escolar.

Las hipótesis que pretendemos verificar son las siguientes: 1) *los niños con dislalia se muestran inhibidos y tienen dificultades para relacionarse con los demás*; 2*)* *los niños con dislalia manifiestan una ansiedad, tensión e inseguridad superior a la media y son más propensos a perder el control emocional.*

### Método

#### Sujetos

La población objeto de estudio son 20 alumnos procedentes de centros escolares públicos ubicados en la provincia de Cáceres. Todos los alumnos seleccionados tienen edades comprendidas entre los 6 y 8 años, se encuentran escolarizados en Educación Primaria, tienen informe del Equipo de Orientación Psicopedagógica y reciben sesiones de logopedia en el centro.

**Tabla 1. Distribución de los niños según el sexo y la edad.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **6 años**  | **7 años**  | **8 años**  | **N**  |
| **VARÓN**  | 10  | 2  | 2  | 14  |
| **MUJER**  | 4  | 2  | -  | 6  |
| **TOTAL**  | 14  | 4  | 2  | 20  |

En la tabla 1 vemos como el 70% de los niños con dislalia tienen una edad cronológica de 6 años. Asimismo en la muestra constatamos la mayor incidencia del varón sobre la mujer.

El 70% de los niños con dislalia son varones y el 30% mujeres.

#### Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las características de la personalidad de los niños con dislalia, teniendo en cuenta la edad de los menores, han sido el Cuestionario de Personalidad para niños (ESPQ) y el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS).

#### Procedimiento

En primer lugar utilizamos un cuestionario con el objeto de evaluar la personalidad de los niños. El Cuestionario de Personalidad para niños - ESPQ (Coan y Cattell, 2002) es uno de los instrumentos más adecuados y convenientes para evaluar la personalidad de los niños en edad escolar. Permite la apreciación de trece rasgos de primer orden y dos de segundo en niños de 6 a 8 años. La prueba se divide en dos partes: A1 y A2 que exigen entre 30 y 40 minutos, según el grado de maduración de los niños. Cada una contiene 80 cuestiones (seis en cada uno de los doce rasgos de personalidad y ocho para el aspecto intelectual). Los factores de primer orden evaluados son: reservado – abierto, inteligencia baja - inteligencia alta, afectado por los sentimientos - emocionalmente estable, calmoso – excitable, sumiso – dominante, sobrio – entusiasta, despreocupado – consciente, cohibido – emprendedor, sensibilidad dura - sensibilidad blanda, seguro – dubitativo, sencillo – astuto, sereno – aprensivo y relajado – tenso. Además permite la cuantificación de dos factores de segundo orden: ajuste - ansiedad e introversión - extroversión.

En un segundo momento, dados los resultados obtenidos por los niños en el factor de ansiedad de segundo orden del ESPQ, decidimos aplicar el Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS (Gillis, 1999). Es una prueba idónea para evaluar la ansiedad infantil en niños de 6 a 8 años. El CAS permite valorar la ansiedad generalizada del niño, a partir del decatipo y la puntuación centil que se obtiene. Constituye una derivación, por su estructura y formato, de los cuestionarios de Personalidad de Cattell, como el ESPQ, con el que correlaciona en su factor de ansiedad de segundo orden.

#### Análisis Estadístico

Para realizar el análisis de los datos obtenidos utilizamos estadísticos descriptivos, con la finalidad de establecer la frecuencia de los factores analizados en la muestra objeto de estudio.

### Resultados

#### A) Resultados del Cuestionario de Personalidad para niños (ESPQ)

Antes de comenzar a describir las tablas correspondientes a la aplicación del Cuestionario de Personalidad para niños (ESPQ), es conveniente aclarar que los decatipos 5 y 6 son valores medios, 4 y 7 muestran una pequeña desviación (en una y otra dirección, respectivamente). 2 – 3 y 8 – 9 indican una gran desviación, y 1 y 10 son valores extremos, entendiendo todas estas posiciones como relativas a la población específica sobre la cual se realizó la tipificación.

A continuación en la tabla 2, vemos los resultados de la aplicación del Cuestionario de Personalidad para niños ESPQ en los Factores de Primer Orden.

### Tabla 2. Resultados del Cuestionario de Personalidad ESPQ en los Factores de Primer Orden (1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECATIPOS**  | **Factor 1**  | **Factor 2**  | **Factor 3** | **Factor 4** | **Factor 5**  | **Factor 6**  | **Factor 7** |
| 1  | -  | 2  | - | - | 2  | -  | 2 |
| 2  | -  | 2  | - | 2 | 4  | -  | - |
| 3  | 8  | -  | 12 | 2 | 4  | 12  | 6 |
| 4  | 4  | 4  | - | 2 | 2  | 2  | 2 |
| 5  | 4  | 6  | 4 | - | -  | 2  | 4 |
| 6  | 2  | 2  | 4 | 6 | 2  | 4  | 4 |
| 7  | 2  | -  | - | 4 | -  | -  | 2 |
| 8  | -  | 2  | - | 2 | 4  | -  | - |
| 9  | -  | 2  | - | 2 | 2  | -  | - |
| 10  | -  | -  | - | - | -  | -  | - |
| Total  | 20  | 20 | 20 | 20 | 20 | 20  | 20 |

**Factor 1**: Reservado-Abierto **Factor 2**: Inteligencia alta-baja **Factor 3**: Emocionalmente afectado-Estable **Factor 4**: Calmoso-Excitable **Factor 5**: Sumiso-Dominante **Factor 6**: Sobrio-Entusiasta **Factor 7**: Despreocupado-Consciente

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|    | Media   | Sx   | Mo   | Var Percentiles  25 50 (Mdn) 75  |
| Reservado-abierto  | 4,300  | 1,418  | 3,0  | 2,011 3,000 4,000 5,250  |
| Inteligencia baja-alta  | 4,900  | 2,424  | 5,0  | 5,878 3,500 5,000 6,500  |
| Emocional afectado-estable  | 4,000  | 1,333  | 3,0  | 1,778 3,000 3,000 5,250  |
| Calmoso-excitable  | 5,800  | 2,201  | 6,0  | 4,844 3,750 6,000 7,250  |
| Sumiso-dominante  | 4,600  | 2,914  | 2,0  | 8,489 2,000 3,500 8,000  |
| Sobrio-entusiasta  | 3,900  | 1,287  | 3,0  | 1,656 3,000 3,000 5,250  |
| Despreocupado-consciente  | 4,300  | 1,829  | 3,0  | 3,344 3,000 4,500 6,000  |

En la distribución de los casos en el Factor 1 (Reservado – Abierto) en la muestra analizada en nuestra investigación, constatamos que un 60% de los niños se muestran reservados en las interacciones sociales, alejándose del contacto con compañeros (el 40% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 20% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). Los resultados no son significativos, puesto que el 30% de los niños se sitúan en valores medios. Y por último el 10% restante se muestran abiertos, afectuosos, participativos y sociables (con una pequeña desviación).

En la distribución de los casos en el Factor 2 (Inteligencia baja-Inteligencia alta), constatamos que un 40% de los niños puntúan bajo en inteligencia, siendo el pensamiento de estos niños concreto (el 20% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 20% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). El 40% de los niños se sitúan en los valores medios (Mo=5). Y por último, el 20% restante puntúan alto en inteligencia (pensamiento abstracto), manifestando una gran desviación.

En la distribución de los casos en el Factor 3 (Emocionalmente afectado – Emocionalmente estable), constatamos que un 60% de los niños se muestran afectados por los sentimientos y emocionalmente poco estables, manifestando una gran desviación (Mo = 3). Los datos indican que estos niños tienen dificultades para relacionarse con los demás, tienen menos tolerancia a la frustración y son más propensos a perder el control emocional. El 40% restante de los niños se sitúan en valores medios.

En la distribución de los casos en el Factor 4 (Calmoso – Excitable), constatamos que un 30% de los niños se muestran calmosos (el 20% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 10% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). El 30% de los niños se sitúan en valores medios. Y por último, el 40% restante se muestran excitables ante pequeñas provocaciones, mostrándose impacientes y exigentes en determinadas situaciones (20% con una pequeña desviación y 20% con gran desviación, respectivamente).

En la distribución de los casos en el Factor 5 (Sumiso – Dominante), constatamos que un 60% de los niños se muestran sumisos, obedientes y dóciles y se acomodan y ceden fácilmente a las diferentes situaciones a las que se enfrentan (el 50% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 10% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). El 10% de los niños se sitúan en valores medios. Y por último el 30% restante se muestran dominantes (obstinados y agresivos), manifestando gran desviación.

En la distribución de los casos en el Factor 6 (Sobrio – Entusiasta), constatamos que un 70% de los niños puntúan alto en sobriedad (el 60% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 10% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). Estos niños se muestran serios y taciturnos. La puntuación alta en sobriedad puede indicar una falta de aprobación del niño respecto a si mismo. El 30% restante de los niños se sitúan en valores medios.

En la distribución de los casos en el Factor 7 (Despreocupado – Consciente), constatamos que un 50% de los niños se muestran despreocupados, desatento con las reglas, actuando por conveniencia propia (el 40% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 10% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). La alta puntuación parece reflejar la dificultad de los niños para incorporar los valores del mundo de los adultos. El 40% de los niños se sitúan en valores medios. Y por último el 10% restante son conscientes (con una pequeña desviación).

A continuación en la tabla 3, vemos los resultados de la aplicación del Cuestionario de Personalidad para niños ESPQ en el resto de los Factores de Primer Orden.

### Tabla 3. Resultados del Cuestionario de Personalidad ESPQ en los Factores de Primer Orden (2)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECATIPOS**  | **Factor 8**  | **Factor 9**  | **Factor 10**  | **Factor 11**  | **Factor 12**  | **Factor 13**  |
| 1  | -  | -  | -  | -  | -  | -  |
| 2  | 2  | -  | -  | 6  | -  | -  |
| 3  | 2  | -  | -  | -  | -  | -  |
| 4  | 10  | -  | 2  | -  | -  | 2  |
| 5  | 4  | 4  | 2  | 4  | -  | 2  |
| 6  | 2  | 2  | 2  | 6  | 2  | -  |
| 7  | -  | 2  | 4  | 4  | 8  | 6  |
| 8  | -  | 4  | 4  | -  | 2  | 10  |
| 9  | -  | 8  | 6  | -  | 4  | -  |
| 10  | -  | -  | -  | -  | 4  | -  |
| Total  | 20  | 20 | 20  | 20  | 20  | 20  |

**Factor 8**: Cohibido-Emprendedor **Factor 9**: Sensibilidad dura-blanda **Factor 10**: Seguro-Dubitativo

**Factor 11:** Sencillo-Astuto **Factor 12**: Sereno-Aprensivo **Factor 13**: Relajado-Tenso

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|    | Media   | Sx   | Mo   | Var Percentiles  25 50 (Mdn) 75  |
| Cohibido-emprendedor  | 4,100  | 1,101  | 4,0  | 1,211 3,750 4,000 5,000  |
| Sensibilidad dura-blanda  | 7,500  | 1,650  | 9,0  | 2,722 5,750 8,000 9,000  |
| Seguro-dubitativo  | 7,200  | 1,751  | 9,0  | 3,067 5,750 7,500 9,000  |
| Sencillo-astuto  | 4,800  | 2,044  | 2,0  | 4,178 2,000 5,500 6,250  |
| Sereno-aprensivo  | 8,000  | 1,414  | 7,0  | 2,000 7,000 7,500 9,250  |
| Relajado-tenso  | 7,000  | 1,414  | 8,0  | 2,000 6,500 7,500 8,000  |

En la distribución de los casos en el Factor 8 (Cohibido – Emprendedor), constatamos que un 70% de los niños puntúan alto en cohibición (el 20% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 50% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). Los datos indican que la mayoría de los niños se muestran tímidos, inhibidos, sensibles, se amedrentan fácilmente y, mediante el alejamiento, intentan evitar la amenaza y excesiva estimulación social. El 30% restante de los niños se sitúan en valores medios.

En la distribución de los casos en el Factor 9 (Sensibilidad dura – blanda), constatamos que un 70% de los niños puntúan alto en sensibilidad blanda (el 60% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 10% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). Estos niños muestran una mayor dependencia hacia el adulto, sensibilidad fomentada por la sobreprotección. El 30% de los niños se sitúan en valores medios (Mo=5).

En la distribución de los casos en el Factor 10 (Seguro – Dubitativo), verificamos que un 10% de los niños se muestran seguros (manifestando una pequeña desviación en este factor de personalidad). El 20% de los niños se sitúan en valores medios. Y por último el 70% restante se muestran dubitativos (20% con una pequeña desviación y 50% con gran desviación, respectivamente). La mayoría de los niños se muestran reservados, individualistas, precavidos, reprimidos internamente y no les gusta actuar en grupo.

En la distribución de los casos en el Factor 11 (Sencillo – Astuto), constatamos que un 30% de los niños puntúan alto en sencillo (llanos, sentimentales y torpes socialmente), el 50% de los niños se sitúan en valores medios y el 20% restante se muestran astutos (con una pequeña desviación).

En la distribución de los casos en el Factor 12 (Sereno – Aprensivo), constatamos como dato muy significativo que un 90% de los niños se muestran aprensivos (el 50% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 40% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). La mayoría de los niños se muestran inseguros, irritables, preocupados, ansiosos, con sensación de culpabilidad y autorreproches. El 10% restante se sitúan en valores medios.

En la distribución de los casos en el Factor 13 (Relajado – Tenso), constatamos que un 10% de los niños se muestran relajados, manifestando una pequeña desviación en este factor de personalidad. El 10% de los niños se sitúan en valores medios. Destacar que el 80% de los niños se muestran tensos (30% con una pequeña desviación y 50% con gran desviación, respectivamente). Parecen reflejar un tipo de conducta que hace difícil la sociabilidad (presión, frustración, inquietud, etc.).

A continuación en la tabla 4, vemos los resultados de la aplicación del Cuestionario de Personalidad para niños ESPQ en los Factores de Segundo Orden.

### Tabla 4. Resultados del Cuestionario de Personalidad ESPQ en los Factores de Segundo Orden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECATIPOS**  | **AJUSTE-ANSIEDAD** | **INTROVERSIÓN-EXTRAVERSIÓN** |
| 1  | -  | -  |
| 2  | -  | -  |
| 3  | -  | 4  |
| 4  | -  | 10  |
| 5  | -  | 2  |
| 6  | 2  | 2  |
| 7  | 4  | 2  |
| 8  | 10  | -  |
| 9  | 4  | -  |
| 10  | -  | -  |
| Total  | 20  | 20  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|    | Media   | Sx   | Mo   | Var Percentiles  25 50 (Mdn) 75  |
| Ajuste-ansiedad  | 7,800  | ,919  | 8,0  | ,844 7,000 8,000 8,250  |
| Introversión-extraversión  | 4,400  | 1,265  | 4,0  | 1,600 3,750 4,000 5,250  |

En la distribución de los casos en el Factor 14 (Ajuste - Ansiedad), constatamos como muy significativo que un 90% de los niños puntúen alto en ansiedad (el 70% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 20% restante la desviación en este factor de personalidad es pequeña, respectivamente). El 10% de los niños se sitúan en valores medios.

En la distribución de los casos en el Factor 15 (Introversión – Extraversión), constatamos que un 70% de los niños se muestran introvertidos (el 20% de los niños manifiestan una gran desviación y en el 50% restante la desviación en este factor de segundo orden es pequeña). El 20% de los niños se sitúan en valores medios. El 10% restante se muestran extravertidos, presentando una pequeña desviación.

#### B) Resultados del Cuestionario de Ansiedad infantil (CAS)

A continuación en la tabla 5 vemos los resultados de la aplicación del Cuestionario de Ansiedad infantil (CAS) en la muestra analizada, constatando como un 80% de los niños manifiestan ansiedad, de los cuales en el 70% es elevada.

### Tabla 5. Resultados del Cuestionario de Ansiedad Infantil - CAS

|  |  |
| --- | --- |
| **DECATIPOS**  | **N**  |
| 1  | -  |
| 2  | -  |
| 3  | -  |
| 4  | -  |
| 5  | 2  |
| 6  | 2  |
| 7  | 2  |
| 8  | 8  |
| 9  | 4  |
| 10  | 2  |
| Total  | 20  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|    |    | Media   | Sx   | Mo   | Var Percentiles  25 50 (Mdn) 75  |
| Ansiedad  |   | 7,800  | 1,476  | 8,0  | 2,178 6,750 8,000 9,000  |

### Discusión

Los resultados obtenidos en el estudio proporcionan evidencia a favor de las hipótesis formuladas. Se constata que los niños con dislalia infantil analizados tienen dificultades para relacionarse con los demás, se muestran inhibidos, son más propensos a perder el control emocional y manifiestan una ansiedad, tensión e inseguridad superior a la media. Varios de los resultados obtenidos coinciden con los estudios realizados por Solomon (1961), Sussman (1975), Shirkey y Manning (1987), Cantwell y Baker (1987), Perelló (1990), Bruno y Sánchez (1994) y Blood, Ridenour, Dean y Scheffner (2003).

Interpretando los resultados obtenidos del Cuestionario de Personalidad ESPQ y del Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS, podemos decir que los niños con dislalia objeto de estudio tienen dificultades para relacionarse con los demás, se muestran tímidos, inhibidos, precavidos y reservados en las interacciones sociales (no les gusta actuar en grupo), alejándose del contacto con compañeros. Mediante el alejamiento intentan evitar la amenaza del entorno y la excesiva estimulación social. Los niños se muestran muy sensibles, sensibilidad que puede estar fomentada por la sobreprotección parental. Lo que a su vez puede hacer persistir el desorden articulatorio (Gallardo y Gallego, 1993).

Por otra parte, constatamos que los niños evaluados se amedrentan fácilmente y muestran inestabilidad emocional. Muestran una gran dependencia hacia el adulto (padres y maestros). Tienen menos tolerancia a la frustración y son más propensos a perder el control emocional, manifestando inseguridad, irritabilidad, preocupación y elevados niveles de ansiedad, lo que a su vez hace difícil la sociabilidad. Asimismo, puntúan alto en sobriedad y aprensión, dato que, según Coan y Cattell (2002), indica una falta de aprobación respecto a sí mismo (autorreproches y sentimientos de culpa).

Todo parece indicar que el niño con dislalia, al ser consciente de las dificultades que presenta y del entorno hostil, reacciona mostrando las características de la personalidad mencionadas anteriormente. Por tanto, la dislalia puede afectar sobre el ámbito emocional, personal, social y escolar del niño (Cano y Navarro, 2003). En esta misma línea, autores como Perelló (1990) y Pascual (1998) plantean que en el niño con dislalia puede darse una reacción de frustración, manifestándose bien en forma de agresividad, bien en retraimiento y timidez. El hecho de haber sufrido alguna humillación por esta causa le hará disminuir la confianza en si mismo y generará una inseguridad creciente. Asimismo mantienen la existencia de una relación entre dislalias y timidez, retraimiento y/o apatía.

Tras el análisis exhaustivo de los datos se confirma la tendencia de los niños con dislalia hacia la ansiedad. Este dato se confirma tanto a través del ESPQ como del CAS. Tal y como señalan Gillis y Cattell (1979), el factor de ansiedad de segundo orden aparece configurado a través de los factores de primer orden: excitabilidad, timidez, aprensión, tensión e inestabilidad emocional, factores en los cuales los niños puntúan alto.

En el artículo hemos podido comprobar la enorme cantidad de características psicológicas asociadas a una de las patologías de mayor incidencia en la población escolar durante las etapas iniciales. Constatamos la dificultad existente a la hora de delimitar si los rasgos de personalidad de estos niños causan el desorden lingüístico, o en cambio son un efecto del mismo. Hay que destacar el importante papel que desempeña la familia en la instauración y/o mantenimiento de patrones de personalidad disfuncionales y la influencia nefasta de un entorno social y escolar poco adaptativo sobre estos niños.

Es necesario conocer la influencia del entorno familiar en la instauración de un patrón de personalidad específico que predisponga al niño a una dificultad lingüística determinada. Y es preciso determinar si existen diferencias en la personalidad del niño según el momento de instauración del trastorno del lenguaje. Es decir, antes del inicio de la patología, cuando se inician las dificultades y cuando el cuadro ya se ha implantado. Esto proporcionará un mayor conocimiento sobre las implicaciones de la personalidad en la dislalia infantil.

Por otra parte, debemos tener en cuenta las actitudes y reacciones del niño con dislalia frente al entorno familiar, social y escolar. Puede que el niño se sienta objetivamente marginado como consecuencia de su dificultad articulatoria, o puede que sea él mismo el que se margine aislándose de los demás como consecuencia de su desvalorización. Así el niño, evitando el contacto con cualquier persona de su entorno más o menos cercano, consigue reducir el malestar que le genera la interacción comunicativa.

Una de las características comunes en los niños con dislalia, que puede condicionar en cierto modo su personalidad, es la toma de conciencia del problema. No es fácil relacionarse con los demás cuando uno tiene conciencia de sus limitaciones. Es normal que el niño en cada situación comunicativa tenga dudas acerca de su eficacia. Esto provoca en él una fuerte inseguridad, que merma aún más su patrón de habla. La toma de conciencia del problema puede repercutir en su rendimiento académico, ya que algunos de estos niños presentan serias dificultades a la hora de concentrarse en tareas escolares, tendiendo a mostrarse con mucha frecuencia distraídos y ausentes.

Algunos niños al ser conscientes de sus dificultades articulatorias tienden a cohibirse a la hora de hablar en el aula escolar y en sus interacciones con compañeros y adultos, todo ello por temor a ser objeto de burlas, risas y críticas. Esto, a su vez, puede elevar la tensión en los músculos implicados en la articulación, agravando aún más la dificultad que presentan.

En la dislalia, al igual que en otras patologías, es importante explorar características personales del niño tales como: los signos de desvalorización, las conductas agresivas hacia el entorno y hacia sí mismo, los comportamientos regresivos, el grado de satisfacción personal, familiar y social, la actitud y el ajuste emocional, el grado de conflictividad parental y fraternal, los sentimientos de culpa, el grado de afectividad que reciben a nivel familiar, la actitud interpersonal, etc.

En el estudio hemos podido constatar que determinadas características de la personalidad del niño (inmadurez, inestabilidad emocional, etc.) y determinadas circunstancias familiares, sociales y escolares pueden favorecer la aparición de la dislalia. De igual manera, comprobamos que muchos de los rasgos de personalidad que manifiestan estos niños son más una consecuencia del trastorno del habla que un factor predisponente al mismo (timidez, ansiedad, temor a hablar, agresividad, reducción de las interacciones sociales, aislamiento social, etc.)

Delimitar las características de la personalidad del niño con dislalia nos permitirá adaptarnos a su realidad durante el proceso de intervención. Debemos tener muy presentes los aspectos personales, relacionales, sociales y emocionales del niño, dado que el conocimiento de los mismos, puede facilitar la superación más rápida de las dificultades que presenta.

### Referencias

Aguilar, A. (1991). Taxonomía de los trastornos del lenguaje. En A. Aguilar, *Psicopatología del lenguaje I. Un modelo integral del intervención* (pp. 73-79). Barcelona: PPU.

Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1982). Psicopatología del lenguaje. En J. Ajuriaguerra y D. Marcelli, *Manual de Psicopatología del niño* (pp. 96-111). Barcelona: Toray-Masson.

Blood, G. W., Ridenour, V.J., Dean, C. y Scheffner, H. (2003). Co-occurring disorders in children who stutter. *Journal of Communication Disorders, 36*(6), 427-448.

Bruno, C. y Sánchez, M. (1994). Dislalias. En J. Peña-Casanova, *Manual de logopedia*, (2ª Ed.) (pp. 153 – 172). Barcelona: Masson..

Busto, M. C. (1998). Alteraciones del lenguaje oral. En M.C. Busto, *Manual de logopedia escolar. Niños con alteraciones del lenguaje oral en Educación Infantil y Primaria* (pp. 83-110). Madrid: CEPE.

Cano, M.I. y Navarro, M.I. (2003). Dificultades en el desarrollo del habla y del lenguaje oral en la infancia y la adolescencia. En M. Puyuelo y J.A. Rondal, *Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje* (pp. 323 – 367). Barcelona: Masson.

Cantwell, D. P. y Baker, L. (1987). The prevalence of anxiety in children with communication disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 1*(3), 239-248.

Coan, R. W. y Cattell, R. B. (2002). *Cuestionario de personalidad para niños ESPQ*. Madrid:

TEA.

Gallardo, J.R. y Gallego, J.L. (1993). Alteraciones de la articulación: dislalias. En J.R. Gallardo y J.L. Gallego, *Manual de Logopedia Escolar. Un enfoque práctico* (pp.171220). Málaga: Aljibe.

García-Valdecasas, M. (2000). Trastornos más usuales en el ámbito educativo. En Peñafiel, F.

y Fernández, J.D. (Coords.), *Cómo intervenir en logopedia escolar. Resolución de casos prácticos* (pp. 150-166). Madrid: CCS.

Gillis, J. S. (1999). *Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS*. Madrid: TEA.

Gillis, J. S. y Cattell, R. B. (1979). Comparison of second order personality structures at 6-8 year with later patterns. *Multivariate Ex-Clinic Research, 4*, 93-99.

Massana, M. y Artal, M. (1997). Dislalias. En M. Puyuelo y cols., *Casos clínicos en logopedia*  (pp. 215 – 243). Barcelona: Masson..

Moreno, J.M. (2004). Características de la personalidad y alteraciones del lenguaje en Educación Infantil y Primaria. *Revista Iberoamericana de Educación, 34*(1), 1-12.

Pascual, P. (1998). Incidencia recíproca entre el habla y la personalidad. En P. Pascual, *La dislalia. Naturaleza. Diagnóstico y Tratamiento* (10ª Ed.)(pp. 45-47). Madrid: CEPE.

Perelló, J. (1990). Dislalia. En J. Perelló, *Trastornos del habla* (pp. 283-348). Barcelona:

Masson.

Ramos, F. y Manga D. (1996). Psicopatología del lenguaje. En A. Belloch, B. Sandin y F.

Ramos, *Manual de Psicopatología Vol. 1* (pp. 336-378). Madrid: McGraw-Hill.

Serón, J.M. y Aguilar, M. (1992). Los problemas del habla en el niño. En J.M. Serón y M. Aguilar, *Psicopedagogía de la comunicación y el lenguaje* (pp. 279-321). Madrid: EOS.

Shirkey, E. A. y Manning, W.H. (1987). The effects of emotional arousal and increased speaking rate on children´s newly learned /r/ productions. *Journal of Communications Disorders, 20*(1), 51-60.

Solomon, A. (1961). Personality and behaviour patterns of children with functional defects of articulation. *Child Development, 32*(4), 731-737

Sussman, H.M. (1975). Hemispheric specialization for speech production and perception in stutterers. *Neuropsychologia, 13*, 19-26.

Waller, M., Sollod, R., Sander, E., Kunkicki, E. (1983). Psychological assessment of speech and language-disordered children. *Language, Speech and Hearing Services in the Schools, 14* (2), 92-98.